



**WELL CHILD EXAM -  
ADOLESCENCE: 18 YEARS**  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

**ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: 18 ЛЕТ**

ДАННЫЕ О ПОДРОСТКЕ ЗАПОЛНЯЮТСЯ САМИМ ПОДРОСТКОМ	ИМЯ РЕБЕНКА _____		ДАТА РОЖДЕНИЯ _____
	АЛЛЕРГИИ _____		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА _____
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:		
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я завтракаю каждый день. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мне есть с кем поговорить. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я доволен тем, как у меня идут дела в школе и/или на работе.		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я ежедневно получаю физические нагрузки. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я отвожу достаточно времени на сон; _____ часов в сутки.
	WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Sleep _____ <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Hgb/Hct _____ <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral <input type="checkbox"/> Cholesterol	
Screening: Hearing Screen      MHZ      R      L 4000 _____      _____ 2000 _____      _____ 1000 _____      _____ 500 _____      _____  Vision Screen      R 20/_____ L 20/_____ N   A			
Development Behavior Social Emotional Mental Health			
Physical: General appearance      N   A      Chest      N   A Skin      N   A      Lungs      N   A Head      N   A      Cardiovascular/Pulses      N   A Eyes      N   A      Abdomen      N   A Ears      N   A      Genitalia      N   A Nose      N   A      Spine      N   A Oropharynx/Teeth      N   A      Extremities      N   A Neck      N   A      Neurologic      N   A Nodes      N   A      Gait      N   A			
Describe abnormal findings and comments: <hr/> <hr/> <hr/>			
IMMUNIZATIONS GIVEN <hr/>			
REFERRALS <hr/>			
NEXT VISIT:		HEALTH PROVIDER NAME	
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS	

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (18 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999-00.(21)5.

### **Screens for Sexually Active Teens**

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

### **Hepatitis B Vaccine**

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

### **High Risk Behavior**

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the US Centers for Disease Control and Prevention.



## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: 18 ЛЕТ

WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 18 YEARS

(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

## ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ: 18 ЛЕТ

ДАННЫЕ О ПОДРОСТКЕ ЗАПОЛНЯЮТСЯ САМИМ ПОДРОСТКОМ	ИМЯ РЕБЕНКА		ДАТА РОЖДЕНИЯ	
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА	
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ			СЕГОДНЯ У МЕНЯ ЕСТЬ ВОПРОС О:
	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Я завтракаю каждый день. <input type="checkbox"/> Мне есть с кем поговорить. <input type="checkbox"/> Я доволен тем, как у меня идут дела в школе и/или на работе.		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Я ежедневно получаю физические нагрузки. <input type="checkbox"/> Я отвожу достаточно времени на сон; _____ часов в сутки.	
	ВЕС, КГ/УНЦИЙ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ	
	<input type="checkbox"/> Проверка систем организма <input type="checkbox"/> Проверка семейной истории болезней			
	Обследования:	МГц	Прав.	Лев.
	Слух	4000	_____	_____
		2000	_____	_____
		1000	_____	_____
	500	_____	_____	
Зрение	Прав. 20/_____	Лев. 20/_____		
Развитие	Норм. Отклон.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Поведение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Социальное/ Эмоциональное развитие	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Психическое здоровье	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Физическое состояние:	Норм. Отклон.	Норм. Отклон.		
Общий внешний вид	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Грудная клетка	
Кожа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Легкие	
Голова	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Сердечно-сосудистая система/Пульс	
Глаза	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Живот	
Уши	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Половые органы	
Нос	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Позвоночник	
Ротовая полость/Зубы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Конечности	
Шея	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Неврологическое состояние	
Узлы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Походка	
Опишите обнаруженные аномалии и ваши замечания:				
<hr/> <hr/> <hr/>				
СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ				
НАПРАВЛЕНИЯ				
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ:		ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ		
ПОДПИСЬ ВРАЧА		АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ		

## **Забота о здоровье в возрасте 18 лет**

### **Что необходимо вашему организму**

Ваш стоматолог, скорее всего, сможет сказать, когда у вас появятся зубы мудрости и появятся ли они вообще. Продолжайте ежедневно чистить зубы, используя зубную пасту, содержащую фтор, и зубную нить.

Научитесь быть разумным потребителем услуг здравоохранения, это может сохранить ваше здоровье (жизнь). Попросите у врача форму историй болезни. Заполните ее вместе с родителями и храните в СВОИХ документах.

На протяжении всей жизни вам нужно будет проходить медицинские осмотры. Узнайте у врача, какие профилактические обследования необходимы и когда вам следует их пройти. Измерение кровяного давления? Анализы на холестерин? Мазки Папаниколау? Маммограммы? Прививки? Когда? Как часто?

Юношам нужно научиться выполнять самопроверку яичек. Риск рака яичек наиболее высок в возрасте 20-30 лет.

Девушкам нужно научиться выполнять самопроверку груди. Вы можете защитить себя, зная свой организм.

### **Помощь или подробная информация**

**Как бросить курить:** вы можете найти материалы по борьбе с курением в сети Интернет или позвонить в Американское общество по раковым заболеваниям или Американскую ассоциацию по сердечным заболеваниям.

**Информация для подростков по вопросам полового развития и воспитания:**  
[www.teenwire.com](http://www.teenwire.com).

**Горячая линия по проблемам насилия в семьях:** 1-800-562-6025

**Многие общественные центры и колледжи предлагают занятия на тему борьбы со стрессом.**

### **Здоровое поведение**

Регулярные занятия физическими упражнениями очень важны. Вам нужно заниматься по полчаса, по крайней мере, три раза в неделю на протяжении всей жизни. Пригласите своих родителей прогуляться или покататься с вами на велосипеде - тогда они также получат физическую нагрузку.

Питание всегда имеет большое значение. Помните, что люди продолжают расти и после двадцати лет. Питание должно быть сбалансированным. Рацион должен включать фрукты, овощи и продукты, содержащие кальций. Многих проблем в пожилом возрасте можно избежать, если правильно питаться в молодости.

Узнавайте подробнее о диетических таблетках и стероидах, прежде чем их пробовать. Если вы будете принимать эти средства вместо обычных продуктов питания, ваш организм может не получать достаточное количество питательных веществ. Все препараты имеют побочные эффекты, о которых следует знать.

### **Образ жизни**

Если вы курите или используете жевательный табак, найдите программу, которая поможет вам избавиться от этих привычек. Наряду с тем, что табак может быть причиной рака или сердечных заболеваний, его использование вызывает появление неприятного запаха изо рта, а также появление морщин. Подумайте о том, что бы вы смогли купить на сэкономленные деньги.

Научитесь распознавать признаки стресса. Найдите способы расслабления, такие как занятия физическими упражнениями, йогой, творчеством или медитацией. Посетите занятия на тему борьбы со стрессом.

Мужчины и женщины должны знать о планировании семьи, о том, как защитить себя от нежелательной беременности и венерических заболеваний.

### **Советы, касающиеся безопасности**

Не забывайте о безопасности. Используйте солнцезащитный крем. Соблюдайте правила безопасности на работе. Используйте защитные устройства, наколенники, налокотники и т.д., шлемы, опорные пояса для спины, защитные очки.

При любой поездке всегда пользуйтесь ремнями безопасности. Настойчиво требуйте того же и от пассажиров.

Учитесь защищать себя от сексуального или физического насилия. Это никогда не может быть нормальным. Знайте, что вам могут помочь. Если вы знаете, что кто-то в опасности, помогите ему найти убежище или другие средства помощи.